

长者住宿 / 日间暂托服务申请表格^{1,2}

第一部份：个人资料

(1) 申请人数据：

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

性别：_____ 籍贯：_____ 宗教：_____ 语言：_____

身份证号码：_____ 出生日期：_____ 年龄：_____

婚姻状况：_____ 电话：_____

地址：_____

(2) 照顾者（紧急联络人）数据：

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

性别：_____ 与申请人关系：_____ 电话：_____

地址（如非与申请人同住）：_____

(3) 家人 / 其他亲属数据（如有）：

姓名	性别	与申请人关系	地址（如非与申请人同住） / 电话

1 长者住宿暂托服务适用于津助混合式安老院、津助护理安老院舍、津助护养院、合约院舍及参加「改善买位计划」的私营安老院。

2 此申请表格的长者日间暂托服务适用于参加「改善买位计划」的私营安老院。

(4) 经济状况：（请选取适当方格）

（如申请日间暂托服务，则可不用填写此部分）

- 领取综援
（健全或残疾程度达 50% / 残疾程度达 100% / 需要经常护理）*
- 领取长者生活津贴
- 领取伤残津贴
（普通伤残津贴 / 高额伤残津贴）*
- 领取高龄津贴
- 其他（请注明：_____）

* 请删去不适用项目

第二部份：身体健康情况

(5) 病历：（请选取适当方格）

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 中风 | <input type="checkbox"/> 高血压 | <input type="checkbox"/> 心脏病 | <input type="checkbox"/> 认知障碍症 |
| <input type="checkbox"/> 白内障 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 肾衰竭 | <input type="checkbox"/> 肢体伤残 |
| <input type="checkbox"/> 癌症 | <input type="checkbox"/> 痛风 | <input type="checkbox"/> 精神病 | <input type="checkbox"/> 帕金森病 |
| <input type="checkbox"/> 骨折 | <input type="checkbox"/> 骨质疏松 | <input type="checkbox"/> 其他（请注明：_____） | |

最近医疗记录： 没有 有（请提供）

(6) 其他身体状况及注意事项：（请选取适当方格）

- 语言能力： 正常 语言障碍 / 需靠提示或难以语言表达 不能以言语表达
- 视觉： 正常 视力障碍 / 须佩戴眼镜 失明
- 听觉： 正常 听力障碍 / 须佩戴助听器 失聪

吞咽能力: 正常 容易哽塞 吞咽困难

活动能力: 行动自如 需要别人协助 长期卧床 / 瘫痪
 可自行用轮椅移动 可自行用扶助器具移动
(请注明: _____)

小便控制能力: 正常 偶尔失禁 完全失禁

大便控制能力: 正常 偶尔失禁 完全失禁

膳食安排: 正常餐 糊餐 碎餐 糖尿餐 低普林餐
 鼻胃管喂食 需使用凝固粉 素食
 其他 (请注明: _____)

服用药物: 没有 有 (请注明药物 / 服用方法: _____)

食物或药物过敏: 没有 有 (请注明: _____)

精神状况 (如有特殊情况, 请注明): _____

其他身体状况 / 护理需要 (如有, 请注明): _____

(7) 日常生活活动 / 自我照顾能力: (请选取适当方格)

	<u>完全独立</u>	<u>需要部份协助</u>	<u>需要完全协助</u>
洗澡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗脸 / 洗手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
穿衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如厕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
位置转移	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
进食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第三部份：申请暂托服务

(8) 主要申请理由：（请选取适当方格）

- 照顾者需要离开香港一段时间
- 照顾长者的家庭佣工临时未能提供照顾
- 照顾者需要短暂休息
- 照顾者需要处理重要私人事务
- 照顾者将入院接受治疗 / 覆诊
- 其他（请注明：_____）

(9) 申请暂托服务类别：（请选取适当方格）

住宿暂托服务

- 安老院宿位
- 护理安老院宿位（包括参加「改善买位计划」的私营安老院）
- 合约院舍宿位
- 护养院宿位

申请服务日期： 由 _____ 至 _____
共 _____ 天

申请人于申请日之前的十二个月内曾使用 没有 有（请注明如下）：
住宿暂托服务：

由 _____ 至 _____
由 _____ 至 _____
由 _____ 至 _____

日间暂托服务

- 参加「改善买位计划」的私营安老院舍

申请服务日期： 由 _____ 至 _____

逢星期： 一 / 二 / 三 / 四 / 五 / 六 / 日 *

或（如个别日子）

月份： _____ 日期： _____

共 _____ 天

申请人于申请日之前的十二个月内曾使用 没有 有（请注明如下）：
日间暂托服务：

月份：_____ 日期：_____
月份：_____ 日期：_____
月份：_____ 日期：_____

如曾使用服务，申请人有否进行「安老院住客体格检验」：

没有 有（如未能提供报告副本，请注明进行检验的
院舍名称：_____）

(10) 备注（如有）：

(11) 转介机构：

（没有转介机构的日间暂托服务申请可不用填写此部分）

机构名称：_____ 档案编号：_____

地址：_____

转介社工

主管人员

签署：_____ 签署：_____

姓名：_____ 姓名：_____

职位：_____ 职位：_____

电话：_____ 电话：_____

日期：_____ 日期：_____

(12) 院舍负责职员：

职员姓名：_____ 电话：_____

职位：_____ 签署：_____ 日期：_____

(13) 照顾者：

（适用于没有转介机构的日间暂托服务申请）

姓名：_____ 电话：_____

签署：_____ 日期：_____